

Finally, as debate and public policy continue to evolve, family physicians need to identify aspects of the issues unique to the interests of family medicine or on which family physicians are best qualified to comment. The Ethics Committee of the CFPC would benefit from your advice on these matters. ♦

**Dr Bereza** is Director of the Health Ethics Program in the Department of Family Medicine at McGill University in Montreal. **Dr Rainsberry** is Director of Education at the College of Family Physicians of Canada in Mississauga, Ont.

**Correspondence to:** Dr Eugene Bereza, Biomedical Ethics Unit, Faculty of Medicine, 3690 Peel St, Montreal, QC H3A 1W9

#### References

1. Bereza E. Ethics and politics of dying. *Can Fam Physician* 1994;40:1075-9 (Eng), 1081-4 (Fr).
  2. Board of Directors, The College of Family Physicians of Canada. *The dying patient: ethical considerations for Canadian family physicians*. [policy statement]. College of Family Physicians of Canada Annual Meeting 1990 July 20-21; St John's, Nfld.
  3. The College of Family Physicians of Canada. *Brief to the Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide*. Mississauga, Ont: College of Family Physicians of Canada, 1994.
  4. Rodriguez v. Canada (A.G.) (1993) 3 519(S.C.R.).
- ...

## The importance of being different

### *Part 1: The marginal status of family medicine*

Ian R. McWhinney, MD, CCFP

**Editor's note:** This editorial is an abbreviated version of the Pickles Lecture delivered at the Spring meeting of the Royal College of General Practitioners in Aberdeen, Scotland, in April 1996. The full version has been published in the *British Journal of General Practice* (1996;46:433-6).

Academic family medicine has made considerable progress in the last 20 years, yet we still do not fit comfortably into the academic milieu. To gain acceptance, it is said, family medicine must become less pragmatic, more theoretical, and more productive in quantitative research.

I believe that family medicine is marginal because it differs in some fundamental ways from the academic mainstream and that our main value to medicine lies in the differences. Eventually, I think the academic mainstream will become more like us than vice versa. Family medicine is different in four respects.

#### Defined by relationships

Family medicine is the only discipline to define itself in terms of relationships, especially the doctor-patient relationship. Other fields define themselves in terms of content: diseases, organ systems, or technologies. Clinicians in other fields form relationships with patients, but in family medicine relationships precede content. We know people before we know what their illnesses will be. It is, of course, possible to define a content of family medicine based on the common conditions presenting to family physicians at a particular time and place. But strictly speaking, the content for a particular doctor is whatever conditions his or her patients happen to have. Other relationships also define our work. By

caring for members of a family, family doctors become part of the complex of family relationships, and many of us share with our patients the same community and habitat.

One consequence of defining our field in this way is that we cannot be comfortable with the mechanical metaphor that dominates medicine, or with the mind-body dualism derived from it. Another is that the value we place on relationships influences our valuation of knowledge. Those who value relationships tend to know the world by experience rather than by what Charles Taylor<sup>1</sup> calls "instrumental" and "disengaged" reason. Experience engages our feelings as well as our intellect. When we speak of relationships, we have to speak of the emotions, for it is the emotions that either make or mar a relationship. Emotions are important in family medicine and are seriously neglected in medicine as a whole.

#### Thinking of individuals instead of abstractions

Family physicians tend to think in terms of individual patients rather than generalized abstractions. When the conversation is about a disease, we are likely to say: "That reminds me of Mrs X." We have difficulty thinking about diseases as separate from the people who "have" them. This trait, I believe, arises from the intimacy of the doctor-patient relationship in family medicine. The closer we are to people the more we are aware of their individual particulars, and the more difficult it is to think of them as members of a class.

In classifying we distance ourselves from experience. The closer we are, the fuller our knowledge of particulars. The greater the distance, the greater the degree of abstraction. Medicine has gained great predictive power by distancing itself enough from individual patients to see the abstraction (the disease) rather than the individual. This is what we refer to as the diagnosis, though in former

times physicians spoke of diagnosing a patient, not a disease. If we look closely, every patient is different in some way. It is in the care of patients that knowledge of particulars becomes crucial. Care is about attention to detail. Of course, we need the abstractions too, especially for making causal inferences and applying powerful technologies. The ideal is an integration of the two kinds of knowledge: an ability to see the universal in the particular.

These two kinds of knowledge are illuminated by Alfred Korzybski's<sup>2</sup> metaphor of the map and the territory. We can get to know a territory by studying the map, which is made by abstracting certain features of the territory and ignoring others. The map helps us to find our way, but knowing the territory from the map is not the same as knowing it by dwelling in it. A native knows a territory by feeling part of it. This knowledge is visceral, much of it tacit and difficult to articulate, as with the peasant farmer who knows that a new scheme will not work on his land but cannot give his reasons to the expert. We cannot experience the beauty or the terror of a landscape by reading the map. Of course, one can get passionate about maps. There is a thrill in making a good diagnosis (finding our place on the map), and there can be beauty in a radiograph. But this is not the same as a feeling for the patient's experience of illness – and patients are very quick to sense the difference. If we are to be healers as well as technicians, we have at some point to set aside our maps and walk hand-in-hand with our patients through the territory. I suspect that some of our discomfort in medical school is due to our different valuation of knowledge.

#### **Organismic metaphor**

Family medicine is based on an organismic metaphor rather than the mechanistic metaphor that dominates biology and medicine. The metaphors we use in medicine often reveal how we think. The metaphor of the human body as a

machine<sup>3</sup> speaks volumes about the modern idea of healing. Even though the body has some machinelike features, everything we do for the health of the body depends on the healing powers of nature. Living organisms have properties possessed by no machine: growth, regeneration, healing, learning, self-organization, and self-transcendence. At its most successful, medicine supports these natural processes. Surgeons drain abscesses, set fractures, repair wounds, and relieve obstructions. Immunization strengthens the organism's defences. The most effective drugs are those that support natural defences and maintain balance in the *milieu interieur*. The traditional regimens of balanced nutrition, rest, sound sleep, exercise, relief of pain and anxiety, and personal support are all measures that support the organism's healing powers.

What does it mean to think organically? An organism is a particular, that is, "it occupies a region of space, persists through time, has boundaries, and has an environment."<sup>4</sup> The behaviour of particulars cannot be explained or predicted solely by applying the general laws of science. Whether or not the law will apply to a particular will depend on its history and its context or environment. There is an inherent uncertainty about all particular applications of general scientific principles. The more complex the particular, the greater the uncertainty, and a sick patient is a very complex organism. To think organically is to "think complexity" and to accept uncertainty. Generalizations must be framed in terms like: "given this context, the following will for the most part apply." Of all the clinical disciplines, family medicine operates at the highest level of complexity.

Organismic thinking is multilevel and non-linear. All serious illness affects the person (organism) at multiple levels, from the cellular to the personal to the interpersonal. Organisms maintain themselves in a state of dynamic equilibrium by a reciprocal or

circular flow of information at all levels, and between organism and environment. Through these multilevel channels, change in any part can reverberate through the whole organism and to its surroundings. The necessity of constant information flow can be seen in the destabilizing effects on humans of sensory deprivation. Information is carried in the form of symbols conveying messages that are decoded at the appropriate level of the organism. At lower levels, information is carried by hormones and neurotransmitters. At the level of the whole organism it is carried by stimuli reaching the special senses, among which are the words and other symbols by which meaning is expressed in human relationships. This provides the background for our accumulating knowledge of the effect of relationships on health and disease.

#### **Notions of disease causation**

The transition from mechanistic to organismic thinking requires a radical change in our notion of what causes disease. Medicine has been dominated by a doctrine of specific etiology: a cause for each disease. We have learned to think of a causal agent as a force acting in linear fashion on a passive object, as when a moving billiard ball hits a stationary one. In self-organizing systems such as organisms, causation is non-linear. The multiple feedback loops between organism and environment, and between all levels of the organism, require us to think in causal networks, not straight lines. Moreover, the organism is not a passive object. The specific cause of an illness might only be the trigger that releases a process that is already a potential of the organism. The causes that maintain an illness and inhibit healing can be different from the causes that initiated it, and they can include the organism's own maladaptive behaviour.

Therapeutic measures might act, not on a causal agent, but on the body's defences, as appears to be the case with

## EDITORIALS

the therapeutic benefits of human relationships. In a complex system, cause and effect are not usually close to each other in time and space and, because organic processes are maintained or changed by multiple influences, it is difficult to predict the consequences of an intervention.<sup>5</sup> It is true that we can still isolate one link in the causal network as our point of intervention, as when we prescribe an antibiotic, but even in these instances we should be aware of the whole context in which we are operating and of the reciprocal effects of our intervention. The complexity of the illnesses we encounter in family medicine make it natural for us to think in this way.

With the transition from mechanistic to organismic thinking, either-or questions become meaningless, especially those that take the form

"Is disease X psychogenic or organic?" A recent editorial in the *New England Journal of Medicine* said: "migraine is a neurobiologic, not a psychogenic, disorder."<sup>6</sup> Why can it not be both? Organismic thinking transcends the mind and body distinction that dominates modern medicine. Moreover, family medicine is the only major discipline that transcends this dualistic division. In Part 2, I will explore the implications for our discipline. \*

**Dr McWhinney**, a Fellow of the College, is Professor Emeritus in the Centre for Studies in Family Medicine at The University of Western Ontario in London.

**Correspondence to:** Dr Ian R. McWhinney, University of Western

Ontario, Department of Family Medicine, London, ON N6A 5C1

### References

1. Taylor C. *The malaise of modernity*. Concord, Ont: Anansi Press, 1991.
2. Postman N. *Conscientious objections*. Toronto: Random House, 1988:136-46.
3. Yates FE. Self-organizing systems. In: Boyd CAR, Noble D, editors. *The logic of life: the challenge of integrative physiology*. Oxford, Engl: Oxford University Press, 1993.
4. Gorovitz S, MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philos* 1976;1:51-71.
5. Briggs J, Peat DF. *Turbulent mirror: an illustrated guide to chaos theory and the science of wholeness*. New York: Harper & Row, 1989.
6. Olesen J. Understanding the biological basis of migraine. *N Engl J Med* 1994; 331:1713-4.

# IN 'ACID-REFLUX DISEASE' (GERD), LOSEC has consistently proven its worth.<sup>1-4</sup>



**LOSEC**<sup>®</sup>  
(omeprazole magnesium)

**Rapid symptom resolution.<sup>†‡</sup> Towards complete healing.**

LOSEC is generally well tolerated. Most adverse reactions have been mild and transient, and have shown no consistent relationship with treatment. The most commonly reported side effect is diarrhea (2.8%), headache (2.6%) and flatulence (2.3%).<sup>1</sup>  
<sup>†</sup>Metanalysis of 3 studies showed that over 80% of patients were free from symptoms of heartburn or regurgitation after just 4 weeks.

**ASTRA**

Astra Pharma Inc., Mississauga, Ontario L4Y 1M4



# L'importance d'être différent

## *1<sup>re</sup> partie : Le statut marginal de la médecine familiale*

Ian R. McWhinney, MD, CCFP

**Note du rédacteur :** Cet éditorial est une version abrégée de l'allocution prononcée dans le cadre de la Pickles Lecture lors de la rencontre printanière du Royal College of General Practitioners à Aberdeen, Écosse, tenue en avril 1996. La version intégrale a été publiée dans le *British Journal of General Practice* (1996;46:433-6).

**A**u cours des 20 dernières années, la médecine familiale universitaire a réalisé d'énormes progrès, mais nous nous sentons encore inconfortables dans le milieu universitaire. Pour qu'elle soit acceptée, dit-on, la médecine familiale doit devenir moins pragmatique, plus théorique et accroître sa production de recherche quantitative.

À mon avis, la médecine familiale est marginalisée du courant universitaire principal parce qu'elle comporte des différences fondamentales et que notre principale valeur en médecine repose sur ces différences. Éventuellement, je prédis que le milieu universitaire aura davantage tendance à nous ressembler plutôt que l'inverse. Quatre différences caractérisent la médecine familiale.

### **Le mot « relations » fait partie intégrante de sa définition**

La médecine familiale est la seule discipline à se définir en termes de relations, essentiellement la relation médecin-patient. D'autres domaines se définissent en termes de contenu : maladies, systèmes organiques, ou technologies. Il est vrai que les cliniciens des autres domaines établissent des relations avec leurs patients mais, en médecine familiale, la relation précède le contenu. Nous apprenons à connaître la personne avant de poser

le diagnostic de sa maladie. Il est évident qu'il est possible de définir un contenu de la médecine familiale basé sur les affections courantes pour lesquelles on consulte les médecins de famille à tel moment et à tel endroit. Mais, à proprement parler et appliqués à un médecin particulier, tout ce que son patient peut présenter fait partie du contenu. Par définition, notre travail comporte également d'autres types de relations. Par leur implication auprès des membres de la famille, les médecins de famille font partie du complexe des relations familiales ; beaucoup d'entre nous, par exemple, partageons avec nos patients la même communauté et le même type d'habitat.

L'une des conséquences de cette définition de notre discipline, c'est que nous ne pouvons pas être à l'aise avec la métaphore mécanique qui prédomine en médecine ou avec le dualisme corps-esprit qui en découle. L'importance que nous accordons aux relations influence notre appréciation des connaissances et en est une autre conséquence. Ceux qui accordent une grande valeur aux relations ont tendance à miser sur l'expérience pour connaître le monde plutôt que sur un rationalisme « instrumental » et « dé-sengagé », selon les termes de Charles Taylor.<sup>1</sup> L'expérience mobilise à la fois nos sentiments et notre intelligence. Quand nous parlons de relations, nous faisons appel aux émotions parce que ce sont elles qui établiront ou nuiront à la relation. Les émotions occupent une place importante en médecine familiale ; elles sont toutefois gravement négligées dans l'ensemble de la médecine.

**Penser en termes de personnes plutôt qu'en termes d'abstractions**  
Les médecins de famille ont tendance à penser en termes de personnes plutôt qu'en termes de généralisations abstraites. Lorsque nous parlons d'une maladie, nous dirons probablement : « Ça me rappelle M<sup>me</sup> X ». Il nous est difficile de penser aux

maladies comme étant des entités séparées des personnes qui en sont atteintes. Cette caractéristique, à mon avis, se dégage de l'intimité que comporte la relation médecin-patient en médecine familiale. Plus nous sommes près des personnes, plus nous sommes sensibles à ce qui les caractérise comme individus et plus il est difficile de les faire entrer dans une catégorie de classification.

Lorsque nous classifions, nous nous éloignons de l'expérience. Plus nous nous rapprochons, plus notre connaissance des caractéristiques particulières s'élargit. En nous éloignant, nous augmentons le degré d'abstraction. La médecine a acquis une grande capacité prédictive en prenant suffisamment de distance de la personne individuelle afin de percevoir l'abstraction (la maladie) plutôt que l'individu. Nous en arrivons ainsi à la notion de diagnostic, même si les médecins d'autrefois parlaient de diagnostiquer un patient et non pas une maladie. C'est en y regardant de plus près que l'on voit les différences de chaque patient. Et c'est dans la prestation des soins aux patients que la connaissance des caractéristiques particulières devient essentielle. Prodiguer des soins signifie apporter une attention spéciale aux détails. Il est clair que nous avons également besoin des abstractions, surtout lorsque nous générerons des inférences de causalité et que nous appliquons des technologies puissantes. L'idéal est d'intégrer les deux types de connaissances, c'est-à-dire de voir l'universel dans le cas particulier.

Alfred Korzybski<sup>2</sup> a illustré ces deux types de connaissances en utilisant la métaphore de la carte géographique et du territoire. Il est possible d'en arriver à connaître un territoire en étudiant une carte géographique, laquelle a été construite par l'abstraction de certaines caractéristiques du territoire et par l'ignorance de certaines autres. La carte géographique est utile pour trouver son chemin, mais la connaissance d'un territoire à

partir d'une carte est très différente de la connaissance acquise par le vécu dans ce territoire. Une personne née sur ce territoire le connaît parce qu'elle a le sentiment d'en faire partie. Cette connaissance est viscérale, avant tout tacite et difficile à exprimer, comme c'est le cas par exemple du fermier qui sait qu'un nouvel aménagement ne fonctionnera pas sur sa ferme mais qui ne peut en expliquer les raisons aux experts. La seule lecture d'une carte géographique ne peut nous faire vivre l'expérience de la beauté ou de la terreur d'un paysage. N'empêche qu'on peut développer une passion pour les cartes géographiques. On peut éprouver une grande satisfaction à poser le bon diagnostic (trouver notre localisation sur la carte) et à voir de belles choses sur une radiographie. Mais ce n'est pas comme éprouver un sentiment pour le vécu du patient confronté à la maladie ; les patients saisissent rapidement cette différence. Si nous voulons être à la fois guérisseurs et techniciens, nous devons ranger nos cartes et accompagner nos patients sur leur territoire. Je soupçonne que le malaise ressenti face à nos facultés de médecine est en partie attribuable à notre appréciation différente de la connaissance.

### Métaphore « organiciste »

La médecine familiale est basée sur une métaphore « organiciste » plutôt que sur la métaphore mécaniste qui domine la biologie et la médecine. Les métaphores utilisées en médecine sont souvent révélatrices de notre pensée profonde. La métaphore voulant que le corps humain soit comme une machine<sup>3</sup> en dit long sur la vision moderne du pouvoir de guérison. Même si le corps humain possède des attributs semblables à ceux d'une machine, tout ce que nous faisons pour la santé du corps dépend des pouvoirs de guérison de la nature. Les organismes vivants ont des propriétés que ne possède aucune machine : croissance, régénération, guérison, apprentissage, auto-organisation et

autotranscendance. À son meilleur, la médecine mise sur ces pouvoirs naturels. Les chirurgiens drainent des abcès, immobilisent des fractures, réparent des plaies et enlèvent des obstructions. L'immunisation renforce les défenses de l'organisme. Les médicaments les plus efficaces sont ceux qui soutiennent les défenses naturelles et qui contribuent à maintenir l'équilibre du milieu intérieur. Les régimes traditionnels que sont l'alimentation équilibrée, le repos, le sommeil réparateur, l'exercice, le soulagement de la douleur et de l'anxiété, ainsi que le soutien personnel sont des mesures qui viennent en aide aux pouvoirs de guérison de l'organisme.

Quel sens donner à la pensée « organiciste » ? Un organisme est un être vivant qui possède son individualité propre, c'est-à-dire « qu'il occupe un espace, se prolonge dans le temps, comporte des frontières et vit dans un environnement ».<sup>4</sup> On ne peut expliquer ou prédire le comportement des individus par la seule application des lois générales de la science. L'application ou non d'une loi à un être particulier sera fonction de ses antécédents et de son contexte ou environnement. Toutes les applications particulières des principes scientifiques généraux comportent une incertitude inhérente. Plus le cas particulier est complexe, plus l'incertitude est grande ; le malade est un organisme très complexe. Adopter la pensée organiciste, c'est « penser complexité » et accepter l'incertitude. Les généralisations doivent être formulées dans des termes comme « Étant donné ce contexte, la plupart des éléments suivants s'appliqueront ». De toutes les disciplines cliniques, c'est la médecine familiale qui fonctionne au niveau le plus élevé de complexité.

La pensée organiciste est non linéaire et comporte plusieurs niveaux. Toutes les maladies graves affectent la personne (l'organisme) à plusieurs niveaux, autant cellulaire que personnel et même interpersonnel. Les organismes se maintiennent dans un

état d'équilibre dynamique par un flux réciproque ou circulaire d'information à tous les niveaux ainsi qu'entre l'organisme et l'environnement. Grâce à ces canaux multi-étages, tout changement dans une partie peut avoir des répercussions sur l'ensemble de l'organisme et son environnement. On peut comprendre la nécessité d'un apport constant d'information en regardant les effets déstabilisateurs de la privation sensorielle sur les humains. L'information est transmise sous forme de symboles vecteurs de messages qui sont à leur tour décodés au niveau approprié de l'organisme. Quel que soit le niveau, ce sont les hormones et les neurotransmetteurs qui sont chargés de transporter l'information. Si on regarde l'ensemble de l'organisme, l'information est transportée par des stimuli capables d'atteindre des sens spécifiques, dont les mots et autres symboles utilisés dans les relations humaines pour exprimer ce que nous voulons dire. Voilà la toile de fond qui a permis d'augmenter notre bagage de connaissances sur les effets des relations sur la santé et la maladie.

### Notions de causalité de la maladie

La transition d'une pensée mécaniste à une pensée organiciste nécessite un changement radical de nos notions entourant la causalité des maladies. La médecine a été dominée par une doctrine basée sur une étiologie spécifique : une cause pour chaque maladie. Nous avons appris à penser qu'un agent causal est une force qui agit de façon linéaire sur un objet passif, tout comme la bille qui en frappe une autre immobile au jeu de billard. Dans des systèmes qui s'organisent eux-mêmes comme le sont les organismes, la relation de cause à effet n'est pas linéaire. Les multiples boucles interactives entre l'organisme et l'environnement et entre tous les niveaux de l'organisme nous forcent à penser en termes de réseaux de causalité et non en termes de lignes droites, d'autant plus que l'organisme n'est pas un objet

passif. La cause spécifique d'une maladie pourrait n'être que le facteur déclenchant qui libère un processus déjà en place dans l'organisme. Les causes de la persistance d'une maladie et du retard à la guérison peuvent être différentes de celles qui l'ont déclenchée ; on peut même y retrouver la présence d'un comportement inadapté de l'organisme.

Les interventions thérapeutiques pourraient agir non pas sur un agent causal mais sur les défenses de l'organisme ; il semble que ce soit le cas des bienfaits thérapeutiques des relations humaines. Dans un système complexe, la cause et l'effet ne sont pas nécessairement rapprochés dans le temps et l'espace et, à cause des nombreuses influences capables de maintenir ou de changer les processus organiques, il est difficile de prédire les conséquences d'une intervention.<sup>5</sup> Il demeure toujours possible d'isoler un lien dans le réseau de la causalité et de le définir comme notre point d'intervention, par exemple lorsque nous prescrivons un antibiotique. Même dans de telles circonstances, nous devrions prendre conscience de l'ensemble du contexte dans lequel nous oeuvrons et de la réciprocité des effets de notre intervention. La complexité des maladies que nous rencontrons en médecine familiale nous amène naturellement à adopter ce mode de pensée.

Dans cette transition de la pensée mécaniste à la pensée organiciste, les questions à réponse unique, dont voici un exemple, sont dépourvues de sens : « La maladie X est-elle psychogène ou organique ? ». Un éditorial paru récemment dans le *New England Journal of Medicine* affirmait que « la migraine est un trouble neurobiologique et non pas un trouble psychogène ». Pourquoi ne serait-elle pas les deux ? La pensée organiciste transcende la distinction entre le corps et l'esprit qui domine la médecine moderne. De plus, la médecine familiale est la seule discipline importante qui transcende cette division dualiste.

Dans la 2<sup>e</sup> partie de cette présentation, j'explorerai les implications pour notre discipline.

**D<sup>r</sup> McWhinney, fellow du Collège, est professeur émérite au Centre for Studies in Family Medicine de l'Université de Western Ontario à London.**

**Correspondance à :** D<sup>r</sup> Ian R. McWhinney, Université de Western Ontario, Département de médecine familiale, London, ON N6A 5C1

### Références

1. Taylor C. *The malaise of modernity*. Concord, Ont : Anansi Press, 1991.
2. Postman N. *Conscientious objections*. Toronto : Random House, 1988:136-46.
3. Yates FE. Self-organizing systems. Dans : Boyd CAR, Noble D, éditeurs. *The logic of life : the challenge of integrative physiology*. Oxford, Engl : Oxford University Press, 1993.
4. Gorovitz S, MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philos* 1976; 1:51-71.
5. Briggs J, Peat DF. *Turbulent mirror : an illustrated guide to chaos theory and the science of wholeness*. New York : Harper & Row, 1989.
6. Olesen J. Understanding the biological basis of migraine. *N Engl J Med* 1994; 331:1713-4.

...



## Bibliothèque canadienne de médecine familiale

Le service bibliothécaire du Collège des médecins de famille du Canada

### Services de la Bibliothèque

#### Pour les praticiens

- Documentation sur
  - progrès diagnostiques et thérapeutiques
  - renseignements pharmaceutiques
  - sujets touchant la gestion de la pratique
- Recherches sur la documentation médicale
- Copies d'articles médicaux
- Renseignements pour commander des livres et journaux

#### Pour les chercheurs en médecine familiale

- Recherches documentaires et bibliographies
- Localisation de documents et études
- Documentation sur la méthodologie de recherche

#### Pour les enseignants en médecine familiale

- Préparation de listes de volumes sur les sujets touchant la médecine familiale
- Conseils sur la façon de recueillir la documentation pour venir en aide à des programmes
- Recherches de documentation médicale sur les sujets touchant la formation des médecins de famille

#### Pour les résidents en médecine familiale

- Recherches documentaires pour collaborer à des projets de recherche
- Conseils sur la façon d'utiliser les ressources bibliothécaires et bibliographiques

### Coût des services bibliothécaires

Recherches de documentation pour les membres du CMFC:

Une recherche gratuite par année,  
8 \$/recherche supplémentaire

Articles copiés .....	20c/page
Articles télécopierés.....	50c/page
Prêts de volumes et matériel audiovisuel ..	sans frais
Bibliographies de la BCMF .....	sans frais
Consultation générale .....	sans frais
Recherches de documentation pour les non-membres:	
25 \$/recherche; les recherches sont réservées aux sujets touchant la médecine familiale.	

Pour utiliser les services de la BCMF, communiquez avec la librairie à l'adresse suivante:

**Bibliothèque canadienne de médecine familiale**  
Le Collège des médecins de famille du Canada  
2630 avenue Skymark, Mississauga, ON L4W 5A4  
Téléphone: (905) 629-0900,  
télécopieur (905) 629-0893

#### OU

**Bibliothèque canadienne de médecine familiale**  
Natural Sciences Centre  
University of Western Ontario, London, ON  
N6A 5B7  
Téléphone: (519) 661-3170,  
télécopieur (519) 661-3880